メール返信用：***～　件名に「医学生セミナー希望」と明記してください　～***

**参　加　申　込　書**

平成２９年　　月　　日

私は，「地域医療体験セミナー in群馬」に参加希望しますので，下記のとおり申し込みます。

■参加希望病院名

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名（コース名） | 希望日程 |
|  | 月　　日 |
|  | 月　　日 |
|  | 月　　日 |

＊ 別紙ポスターをご覧のうえ，希望病院名をご記入ください。（複数参加可能）

＊ 申込者多数の場合は調整させていただきますので，あらかじめご了承ください。

■氏名（フリガナ）：　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）　■性別：□男性・□女性

■学年：　　年生　■学籍番号：　　　　　　　　　　　■入学枠：□地域医療枠　・　□一般枠

■出身地：　　　　　　都・道・府・県　■出身高校：

■白衣のサイズ：□S　　□M　　□L　　□LL

＊　原則，白衣・名札はご持参ください。お持ちでない場合は，下記連絡先までご連絡ください。

■連絡先　電話番号（携帯）：

P Cアドレス：

＊ 連絡先はセミナーの連絡や，今後，当センターからのお知らせの際に使用します。

■セミナーで提供される食事以外に、お弁当を持参する必要がありますか。：□はい・□いいえ

＊　食物アレルギー等で必要な場合のみ，ご記入ください。

■学生教育研究災害障害保険・医学生教育研究賠償責任保険の加入の有無：□加入済・□未加入

■セミナー体験写真の希望の有無：□有　・　□無

＊　無料で写真の焼き増しをおこなっております。ご希望の場合は，後日，センターまで取りに来てください。

なお，データでの受け渡しはおこなっておりません。

■質問等があればお書きください。

＊ セミナー体験終了後，感想文（レポート）の提出をお願いしますのでご協力ください。

＊ 個人情報は，国立大学法人群馬大学個人情報保護規則等に基づき，適正に管理します。

＊ セミナーでは，体験写真の撮影を行い，当センターの報告書及びホームページに掲載・使用します。不都合がある場合は，お申し出ください。なお，氏名等個人が特定できる情報は削除して掲載します。

|  |
| --- |
| 【申込書提出先】  群馬大学医学部附属病院内 群馬県地域医療支援センター　宛  TEL : 027-220-7938／FAX : 027-220-8781  E-mail：chiiki.med@gmcc.jp |

ＦＡＸ送信用：***～　送付票は不要です　～***

**参　加　申　込　書**

平成２９年　　月　　日

私は，「地域医療体験セミナー in群馬」に参加希望しますので，下記のとおり申し込みます。

■参加希望病院名

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名（コース名） | 希望日程 |
|  | 月　　日 |
|  | 月　　日 |
|  | 月　　日 |

＊ 別紙ポスターをご覧のうえ，希望病院名をご記入ください。（複数参加可能）

＊ 申込者多数の場合は調整させていただきますので、あらかじめご了承ください。

■氏名（フリガナ）：　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）　■性別：□男性・□女性

■学年：　　年生　■学籍番号：　　　　　　　　　　　■入学枠：□地域医療枠　・　□一般枠

■出身地：　　　　　　都・道・府・県　■出身高校：

■白衣のサイズ：□S　　　□M　　　□L　　　□LL

＊　原則，白衣・名札はご持参ください。お持ちでない場合は，下記連絡先までご連絡ください。

■連絡先　電話番号（携帯）：

P Cアドレス：

＊ 連絡先はセミナーの連絡や，今後，当センターからのお知らせの際に使用します。

■セミナーで提供される食事以外に、お弁当を持参する必要がありますか。：□はい・□いいえ

＊　食物アレルギー等で必要な場合のみ，ご記入ください。

■学生教育研究災害障害保険・医学生教育研究賠償責任保険の加入の有無：□加入済・□未加入

■セミナー体験写真の希望の有無：□有　・　□無

＊　無料で写真の焼き増しをおこなっております。ご希望の場合は，後日，センターまで取りに来てください。

なお，データでの受け渡しはおこなっておりません。

■質問等があればお書きください。

＊ セミナー体験終了後，感想文（レポート）の提出をお願いしますのでご協力ください。

＊ 個人情報は，国立大学法人群馬大学個人情報保護規則等に基づき，適正に管理します。

＊ セミナーでは，体験写真の撮影を行い，当センターの報告書及びホームページに掲載・使用します。不都合がある場合は，お申し出ください。なお，氏名等個人が特定できる情報は削除して掲載します。

|  |
| --- |
| 【申込書提出先】  群馬大学医学部附属病院内 群馬県地域医療支援センター　宛  TEL : 027-220-7938／FAX : 027-220-8781  E-mail：chiiki.med@gmcc.jp |